FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

Année 1972 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ALAIN CARDOSO

né le 21 Décembre 1940

à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le.....*1972*

LEÏOMYOSARCOMES DE L'INTESTIN GRÊLE

à propos d'une observation

Président : Monsieur FRITEL, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

Année 1972 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ALAIN CARDOSO

né le 21 Décembre 1940

à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le.....*1972*

LEÏOMYOSARCOMES DE L'INTESTIN GRÊLE

à propos d'une observation

Président : Monsieur FRITEL, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON FRERE FABIEN

A MA FEMME

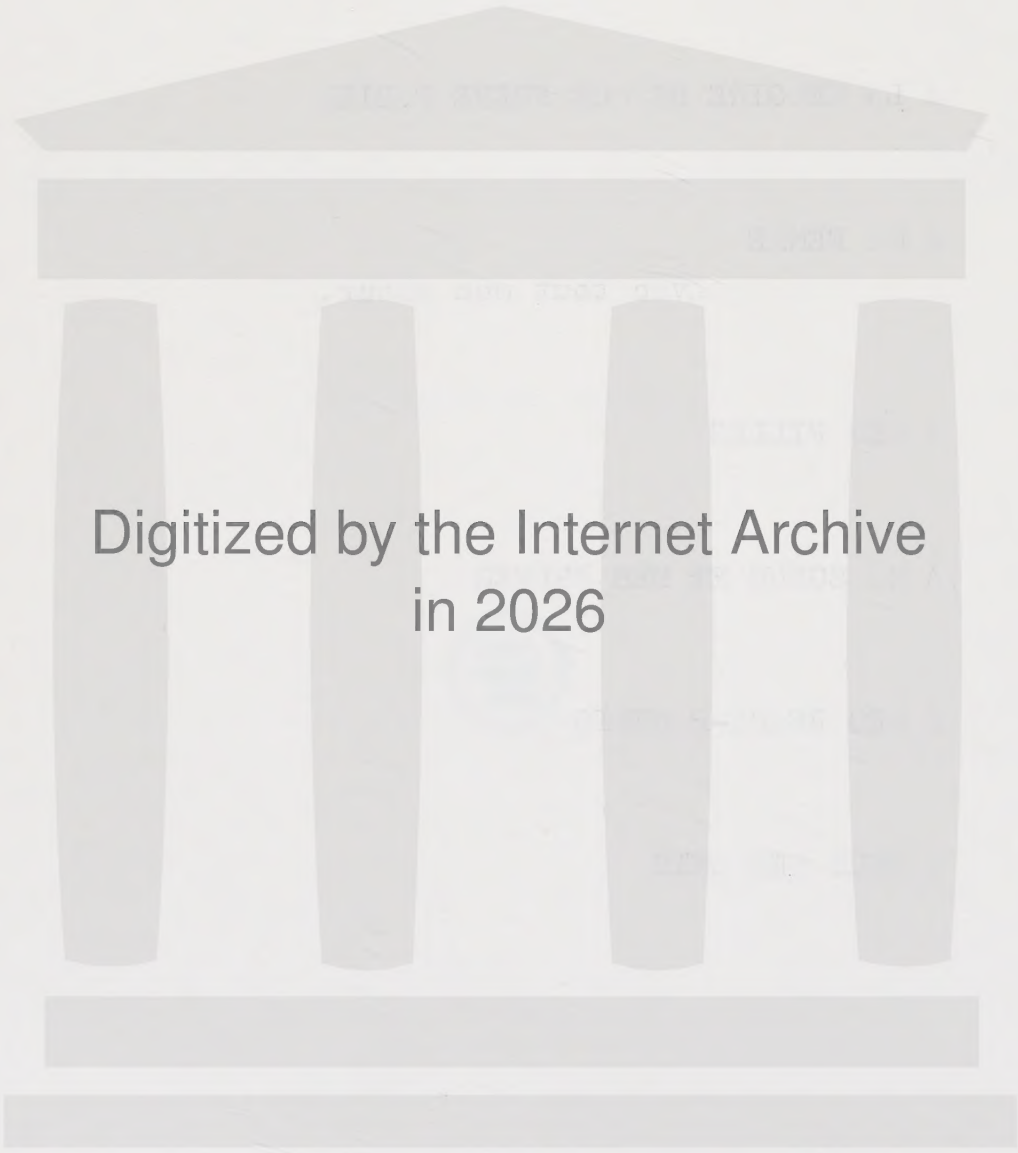
Avec tout mon amour.

A MES FILLES

A MA SOEUR ET MES FRERES

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0016

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
ET A TOUT LE PERSONNEL DE L'HOPITAL DE COGNAC.

A MESSIEURS LES MEDECINS, CHIRURGIENS et BIOLOGISTES
DE L'HOPITAL DE COGNAC.

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HOPITAL DE COGNAC

MONSIEUR LE DOCTEUR DANION
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR CANCEL
Pneumologue
Médecin de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNEFOND
Pédiatre
Médecin de l'Hôpital

Vous nous avez accordé votre confiance
en nous accueillant dans votre service.
Soyez-en remerciés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLISSON
Ancien Assistant des Hôpitaux de TOURS
Ancien Chef de Clinique à la Falculté
Chirurgien de l'Hôpital

Qui nous a inspiré ce travail.
En témoignage de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOBARD
En témoignage de notre gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur FRITEL

Le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse est pour nous l'occasion de vous assurer de notre profonde admiration et de notre gratitude.

P L A N

INTRODUCTION

HISTORIQUE

OBSERVATION

CARACTERES CLINIQUES

1 - Fréquence

2 - Symptômatologie

CARACTERES RADIOLOGIQUES

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

TRAITEMENT et RESULTATS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

- I N T R O D U C T I O N -

" La faute n'est pas de consacrer au grêle une trop grande attention, mais bien de l'ignorer."

M. BOURNEAU

(Rev. Prat. I958.8.277I-2779)

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont peu fréquentes et de ce fait mal connues.

Parmi elles, les léïomyosarcomes, tumeurs malignes dont le point de départ est la fibre musculaire lisse intestinale, font figure de raretés. En effet, à ce jour 226 cas seulement ont été publiés dans la littérature mondiale. C'est ce qui ressort de la revue de la revue de la littérature la plus récente de M. LAMPERTICO en I969.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter une observation nouvelle à partir de laquelle nous ferons une étude des caractères pathologiques, cliniques, radiologiques, anatomopathologiques, pronosti-

ques des léïomyosarcomes de l'intestin grêle.

Notre observation est caractérisée par la survenue d'un syndrome subocclusif, symptôme commun à de nombreuses affections de l'appareil digestif, chez une femme de 74 ans.

- H I S T O R I Q U E -

La première observation de léïomyosarcome de l'intestin grêle fût publiée il y a plus d'un siècle par FORSTER en I858 ; elle fût suivie trois ans plus tard par celle de ROKITANSKI (I86I).

La première étude bibliographique fut celle de SPEESE en I9I4 : l'auteur ne put tirer de conclusions objectives, le nombre d'observations publiées étant par trop insuffisant.

En effet, ANDERSON et DOOB, en I93I, ne rapportent que I8 cas seulement de léïomyosarcomes de l'intestin grêle.

Depuis, le nombre de cas publiés n'a cessé d' augmenter. Dans leur revue de la littérature, HORSLEY et MEANS en I955 font état de IIO cas, dont deux personnels

Ces vingt cinq dernières années, de nouveaux cas ont été publiés, et notamment en France par M. R. PEYCELON et Collaborateurs en I959, M. J.J. DUBARRY et Col. en I964 ; la plus récente observation étant de M. J.P. ETIENNE et Col.

M. LAMPERTICO et ses collaborateurs, en I969, complètent l'étude statistique faite par M. RESTI en I962, reprennent tous les cas publiés et font une mise à jour, réunissant 226 cas. (Tableau).

REPARTITION DES LEIOMYOSARCOMES SELON LE SIEGE

ET LE SEXE

Siège	Nbre. de cas	H	F	Sexe non précisé
Duodénum.....	67	I6	33	I8
Jéjunum.....	69	38	27	4
Iléon.....	63	23	33	7
Diverticule de Meckel.	I4	3	6	5
Siège non précisé.....	I3	-	-	I3
TOTAL	226	80	99	47

- O B S E R V A T I O N -

Madame L. Madeleine, âgée de 74 ans, entre dans le service de Chirurgie B du Centre Hospitalier de COGNAC le I9.2.I972 avec le diagnostic de subocclusion.

Elle a consulté son médecin traitant le I2.2.I972 pour des vomissements, une inappétence quasi totale, un retard du transit, tout ceci semblant coïncider avec le décès de son époux.

Depuis les symtômes sont les mêmes, elle rejette presque tout ce qu'elle absorbe et ne présente pas d'éxonération.

Ce jour là, à la suite d'un lavement salé elle présente une selle minime, mais ne se sent pas soulagée et continue à vomir.

A l'examen :

Madame L. souffre modérément de l'abdomen, quelques coliques passagères ; ce qui la gêne surtout c'est de ne pouvoir rien conserver quand elle absorbe une nourriture ou un liquide.

Elle a uriné, n'est pas allée à la selle depuis le lavement de ce jour, n'a pas évacué de gaz. Elle ne présente pas de modification de sa température (37°6), la tension artérielle est à 11/7, le pouls à 104.

L'inspection de l'abdomen montre une légère distension, l'absence de cicatrice abdominale, les orifices herniaires sont libres, il n'y a pas de mouvements péristaltiques. La langue est blanche, il n'y a pas de signes de deshydratation. A la percussion on note un tympanisme moyen global ; la palpation ne révèle pas de point douloureux précis, mais une sensation diffuse d'endolorissement

Le toucher vaginal et le toucher rectal n'apportent pas de précision supplémentaire, l'ampoule rectale est vide.

L'auscultation cardio-pulmonaire est normale.

Cette malade en relativement bon état général, a eu deux enfants, est ménopausée depuis l'âge de 50 ans, n'a jamais présenté de maladie grave, n'a jamais subi d'intervention chirurgicale.

On retrouve néanmoins dans un passé récent

de petits épisodes fugaces de coliques auxquels la patiente n'avait pas prêté attention car les troubles n'avaient pas eu de retentissement important et avaient disparu après un accès passager.

Il est pratiqué des examens complémentaires :

- la numération globulaire est sensiblement normale

  hématies : 4.690.000

  leucocytes : 14.300

  Hb. : 81 %

- l'urée est à 0,60 g./L,
- la glycémie à 0,82 g./L,
- la vitesse de sédimentation est accélérée à:

  35 mn. à la première heure,

  66 mn. à la deuxième,

  83 mn. à la troisième

- Ionogramme :

  Na : 124 mEq.

  K : 38 mEq.

  Cl : 94 mEq.

- le T.P. est à 100 pour 100,
- l'amylasémie et les transaminases sont normales.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation montre la présence de quelques niveaux liquides semblant siéger sur le grêle.

Un traitement antispasmodique par perfusion intra-veineuse associé à du "DEBRIDAT" I.M. tout en conservant la diète, amène une amélioration.

L'état général et local étant améliorés, le diagnostic de l'affection en cause n'étant pas posé, on sursoit à l'intervention.

Le 20.2.72

Le traitement antispasmodique par perfusion est continué, un petit lavement salé provoque une nouvelle selle, la malade est toujours à la diète, mais se sent améliorée.

Devant la possibilité d'une occlusion par tumeur, compte tenu de la survenue progressive des troubles, de l'âge de la malade, un lavement baryté est pratiqué qui ne montre aucune anomalie tant organique que fonctionnelle, la baryte progressant facilement jusqu'au bas fond caecal

sans toutefois franchir la valvule de Bauhin.
l'évacuation se fait normalement.

Le 22.2.72

Alors que l'on avait autorisé la malade à reprendre une alimentation hydrique, les vomissements réapparaissent, les douleurs sont présentes par accès, il existe un petit fébricule à 38°.

L'état général est conservé.

Le 23.2.72

L'état général est inchangé, les signes fonctionnels persistent. Un météorisme très important s'installe, avec arrêt des matières et des gaz.

On décide alors d'intervenir pour chercher la cause d'un obstacle du transit.

Compte-rendu opératoire.(Docteur PLISSON)

Médiane à cheval sur l'ombilic.

Il s'agit d'une occlusion siègeant sur le grêle en rapport avec une invagination iléale sur une formation tumorale de la paroi du grêle. Il existe en plus, dans

le mésentère, deux formations dures en regard. Résection cunéïforme à la demande du grêle et anastomose termino-terminale en un plan extra muqueux sur lui. Fermeture de la brèche et péritonisation de la brèche péritonéale. L'exploration du grêle montre une formation ganglionnaire semblable indurée dans le mésentère de la région jéjunale haute.

A noter, pas de métastases hépatiques palpables, ni de noyaux hépatiques.

Il existe un noyau situé à la partie basse de la médiane, péritonéal, que l'on laisse en place. R.S.D.

EXAMEN MACROSCOPIQUE (N° 38.832 -Laboratoire d'anatomie pathologique du C.H.U. de TOURS)

Longueur de la résection I5 cm. environ.

Dans la partie moyenne de la pièce opératoire, lésions tumorales blanchâtres, marbrées de rouge, constituant une masse sessile de 3,5 cm. de diamètre environ, bombant dans la lumière intestinale et infiltrant d'autre part les différentes tuniques de la paroi du grêle.

A distance de la masse tumorale principale, on rencontre de petits nodules blanchâtres faisant saillie sur la surface séreuse de l'intestin.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Cette tumeur est constituée par la prolifération très active d'éléments fusiformes groupés en faisceaux.

La densité cellulaire est élevée. Les noyaux sont irréguliers et les mitoses extrèmement fréquentes.

La tumeur parait naître à partir de la tunique musculeuse et s'étend d'une part vers la lumière, et d'autre part, dans la sous séreuse. Elle ne montre aucune tendance à la limitation et des images d'envahissement des vaisseaux lymphatiques sont visibles à la périphérie.

Cependant, le seul ganglion lymphatique augmenté de volume recueilli sur la pièce opératoire ne contient pas de métastase.

Les petits nodules de prolifération tumorale situés à distance de la masse principale ne montrent aucun tissu lymphoïde persistant. Il n'est pas possible de préciser s'il s'agit de métastases ganglionnaires dépassées ou de nodules de perméation lymphatique.

L'aspect histologique observé est celui d'un sarcome léïomyoblastique de l'intestin grêle.

EVOLUTION

La malade est mise sous aspiration gastrique et réanimation pendant 4 jours, puis l'alimentation est reprise progressivement.

Elle poursuit sa convalescence jusqu'au 11 Mars 72 date de sa sortie du service. Ce jour on constate l'apparition de deux formations superficielles indurées dont la malade fait remarquer la survenue ; l'une dans la région sous-mentale gauche, de consistance dure, un peu fixée aux plans profonds, n'adhérant pas au plan superficiel, non douloureux, de la grosseur d'une noix ; l'autre de la région inguinale droite de même volume, consistance et caractères.

L'hypothèse de noyaux métastasiques est soulevée, mais la malade réclamant son retour à son domicile, aucun geste chirurgical n'est effectué pour confirmer ce diagnostic.

A noter que la malade se plaignant du coude gauche, une radiographie pratiquée montre une lacune de I cm2. de la région épitrochléenne. S'agit-il aussi d'une métastase ?

Le I9.3.72

Madame L. est admise de nouveau à l'Hôpital dans le service de Médecine B. pour baisse de l'état général, inappétance, diminution de l'activité cérébrale, déshydratation.

A l'examen on ne note rien de particulier au point de vue abdominal, la cicatrice est normale, l'abdomen non distendu, le transit se fait avec des micro-lavements.

Les noyaux déjà constatés sont toujours présents et l'on décide une biopsie au niveau du noyau inguinal droit le 24 Mars et dont la réponse anatomopathologique est : (N° 39.274 -Laboratoire d'anatomie pathologique du C.H.U. de TOURS)

" Les prélévements éxaminés montrent une prolifération tumorale faite d'éléments fusiformes à noyaux très irréguliers montrant de nombreuses figures de mitose Cette prolifération tumorale infiltre le tissus adipeux et a détruit totalement le tissus ganglionnaire.

L'image histologique observée correspond à la métastase du sarcome léîomyoblastique de l'intestin grêle."

Malgré le traitement, l'état général de Madame L. se détériore de plus en plus et la malade décède le 4.4.72

L'autopsie n'a pu être pratiquée, la famille ayant ramené la malade à son domicile.

- C A R A C T E R E S C L I N I Q U E S -

I- FREQUENCE

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle ne représentent que 3 à 8 % de toutes les tumeurs intestinales.

Les sarcomes viennent après les carcinomes avec 30 % des cas selon la statistique de ROCHLIN et LONGMIRE.

Sur I76 observations de tumeurs du grêle, JUVANON dénombre 44 léïomyosarcomes dont I5 chez des femmes et 29 chez des hommes. Pour tous les auteurs et à la différence de ceux développés sur les autres viscères (estomac, colon) les myosarcomes du grêle atteignent les deux sexes à raison de 2 hommes pour une femme.

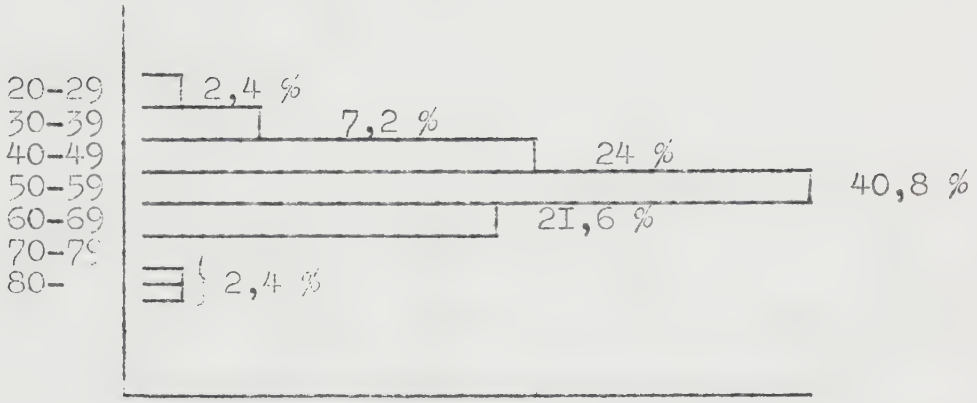
L'âge des sujet varie du premier jour de la vie (ROTH et FARRINACCI) à 80 ans avec un maximum autour des 5° et 6° décades. (Tableau 1).

Le facteur racial ne semble jouer aucun rôle.

Il semble, en considérant les cas rapportés

par M. RESTI dans sa statistique, que les localisations sur le jéjunum soient plus fréquentes. (Tableau 2).

TABLEAU 1



Incidence de l'âge (D'après STARR et DOCKERTY)

TABLEAU 2

Duodénum.....	33	20 %
Jéjunum.....	38	34,6 %
Iléon.....	24	21,8 %
Non spécifié.....	15	13,6 %

D'après M. RESTI.

II - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Les signes cliniques des léiomyosarcomes de l'intestin grêle n'ont pas de caractères bien définis.

Dans la moitié des cas seulement, selon la statistique de GOLDEN et STOUT, l'attention est attirée vers le grêle, dans l'autre moitié, le diagnostic est généralement posé au cours de l'intervention.

L'anamnèse est similaire à celle d'autres affections de l'appareil digestif et oriente exceptionnellement le diagnostic, étant bien sûr écarté le cas ou l'on retrouve des épisodes critiques à type de syndrome de König qui attirent d'emblé l'attention sur le grêle ; ce fut le cas de notre observation.

En pratique on peut envisager deux modes de découverte, à l'occasion :

- soit d'accidents aigus,
- soit de manifestations chroniques.

Les accidents révélateurs aigus sont au nombre de trois :

I - L'occlusion intestinale aiguë :

avec la douleur révélatrice, para-

ombilicale à type de coliques paroxystiques ou continues, accompagnée de vomissements et d'une altération rapide de l'état général.

2 - Les hémorragies intestinales :
de sang rouge ou noir, abondantes, plus fréquemment retrouvées (50 %).

3 - La péritonite par perforation :
est plus rare (25 %).

Les manifestations chroniques peuvent être trompeuses et banales avec ,

- leur cortège de signes fonctionnels à type d'alternance de diarrhée et de constipation ;
- de douleurs abdominales vagues, pouvant revêtir tous les types :
  . du syndrome de KOENIG, qui attire d'emblée l'attention sur l'intestin grêle, de siège variable et cédant brutalement avec une sensation de lever d'obstacle ressentie par le patient, la fin de la crise étant marquée par une petite dé-

bacle de gaz et de matières, avec répétition des crises à intervalles plus ou moins réguliers. Ce fut, en plus fruste, le cas de notre observation.

. à la douleur pseudo-ulcèreuse, vésiculaire, ou colitique.

. enfin, mais plus rarement, c'est une atteinte de l'état général, avec une anémie hypochrome microcytaire qui résume toute la symptomatologie.

L'examen objectif :

en dehors d'une occlusion franche, révèle bien peu de chose.

La perception d'une masse abdominale palpable fréquente pour HORSLEY et MEANS qui la trouvent dans 50 % des cas semble pour certains auteurs un fait exceptionnel (PEYCELON).

Il faut citer enfin les formes totalement latentes découverte fortuite d'intervention (ETIENNE et Col.).

AU TOTAL, le diagnostic peut être soupçonné sur la clinique si l'on est en présence de l'association

- tumeur palpable,
- hémorragie (JUVANON - PEYCELON).

Evolution :

L'évolution non traitée semble être assez longue : J.P. Etienne rapporte le cas d'un malade dont l'histoire s'échelonne sur IO années.

Pour la majorité des auteurs, dans un tiers des cas l'évolution est de 1 à 6 mois, mais il n'est pas rare qu'elle s étende sur 2, voire même 4 ans.

Nous envisagerons le problème des métastases dans le cadre de l'anatomopathologie.

Les complications :

sont autant de symptômes révélateurs que nous avons déjà vus, qu'il s'agisse :

- d'une occlusion,
- d'hémorragies à type mélaéna,
- de perforation.

Quand le mode de développement de la tumeur est sous séreux, la complication révélatrice peut être un brutal accident de torsion.

- C A R A C T E R E S R A D I O L O G I Q U E S -

La radiographie reste la clé du diagnostic, cependant, malgré les perfectionnements techniques, cet examen s'avère parfois négatif en raison du petit volume de la tumeur ou de son siège extra-mural.

LES MOYENS :

sont au nombre de cinq :

- abdomen sans préparation,
- transit du grêle par ingestion d'une faible quantité de baryte,
- le lavement baryté avec étude de la dernière anse iléale par reflux du produit de contraste,
- le radio-cinéma,
- l'artériographie sélective de l'artère mésentérique supérieure.

Nous citerons la technique de la sonde duodénale ou le tube de MILLER - ABOTT, critiqués par CHERIGIE.

LES RESULTATS :

Ils sont conditionnés par le siège de la tumeur que celle-ci soit sous-muqueuse, intra-murale, ou sous-séreuse.

1 - L'abdomen sans préparation :

Ne présente d'intérêt qu'en cas de syndrome de KONIG ; en effet les tumeurs sous-muqueuses ne sont pas de taille suffisante pour être visibles sous forme d'une opacité sur ce type de cliché, mais peuvent cependant produire un syndrome occlusif se traduisant cliniquement par un syndrome de KONIG.

- les tumeurs strictement intra-murales sont rares (6 %), et ne peuvent être décelées radiologiquement.

- les tumeurs sous séreuses, les plus fréquentes (65 %), peuvent présenter quant à elles plusieurs aspects :

a) - Tumoral sous forme d'une opacité refoulant les organes voisins avec parfois des calcifications évocatrices mais rares.

b) - Obstructif, quand elles infiltrent la paroi ou quand elles la compriment.

2 - Sur le transit baryté du grêle

- les tumeurs sous-muqueuses apparaissent de face sous forme de lacunes "en pleine lune", et de profil comme une encoche hémisphérique.

La muqueuse sus-jacente est intacte ou parfois semble étirée.

- des images indirectes peuvent se voir telles :

. une modification de la souplesse pariétale,

. une image de rétrécissement plus ou moins circulaire avec dilatation du segment en amont,

. une image d'invagination intestinale de la tumeur.

3 - L'artériographie mésentérique :

Pour M. DUBARRY et ses Collaborateurs elle représente un examen d'un appoint appréciable qui, dans l'observation rapportée en 1971 par J.P. ETIENNE a donné

à elle seule la clé du diagnostic.

Pour E. CHERIGIE et G. NAUDIN, cet examen fournit des renseignements positifs dans I/3 des cas inexpliqués.

Pour CL. LIGUORY et V. BISMUTH elle permet même de soupçonner la malignité de la tumeur sur les caractères suivants :

- hypertrophie des artères nourricières, avec augmentation de calibre des artérioles qui prennent un aspect irrégulier avec alternance de dilatations et de rétrécissements.
- une anomalie du retour veineux qui est plus précoce, donnant à la tumeur un aspect hétérogène.

Elle fournit en outre à l'opérateur des renseignements précis sur la vascularisation tumorale.

- C A R A C T E R E S ANATOMO - PATHOLOGIQUES -

Les léïomyosarcomes sont des tumeurs malignes dont le point de départ est la fibre musculaire lisse intestinale.

MACROSCOPIE :

Les léïomoysarcomes se présentent généralement sous forme de tumeurs fermes, de coloration rouge brun, acajou, encapsulées, de consistance élastique.

La taille de ces tumeurs est variable, allant de 2 à 25 cm.

L'aspect peut être polypoïde, sessile ou pédiculé.

Le caractère vasculaire de la tumeur est à remarquer, avec des veines volumineuses et irrégulières.

- A la coupe, l'aspect des léïomoysarcomes est celui de faisceaux de fibres enchevêtrées, d'allure fibromateuse, parfois lobulés.

- Le centre de la tumeur est souvent le siège de nécrose, d'hémorragie.
- On constate parfois la présence de calcifications stigmate de longue évolution.

Les caractères différentiels d'avec les tumeurs bénignes sont :

- l'allure moins encapsulée,
- la consistance plus élastique
- la taille surtout (STARR et DOCKERTY)
  Les tumeurs bénignes varieraient de quelques millimètres à 5 centimètres, alors que les myosarcomes ont une taille variant de 2 à 20 cm et parfois plus.

Le développement de la tumeur peut être :

- extra-mural (point de départ la couche musculaire externe) source de complications telles que, nécrose, hémorragie, fistule.
- intra-mural (origine la musculaire interne) source d'invagination et d'ulcération fréquentes.

Dans la majorité des cas la tumeur paraît unique, mais on peut rencontrer des tumeurs multiples, soit intéressant à la fois l'estomac et le grêle, c'est le cas de l'observation rapportée par L. REDDIX ; soit siègeant toutes sur le grêle.

Les métastases sont parfois retrouvées macroscopiquement, siègeant sur le péritoine, le foie, plus rarement envahissant les lymphatiques.

MICROSCOPIE :

En fait les caractères précédents appartiennent à toutes les tumeurs d'origine musculaire quelle qu'en soit la nature bénigne ou maligne. Leur fréquence respective étant de 42 % pour les premières et de 58 % pour les tumeurs malignes.

C'est bien entendu l'examen histologique qui révèlera le caractère malin de ces tumeurs.

Les léïomoysarcomes sont composés éssentiellement de cellules fusiformes avec des noyaux relativement volumineux, entourés d'un cytoplasme plus ou moins abondant contenant des myofibrilles.

Les cellules sont groupées en faisceaux qui s'

enchevêtrent intimement.

En fait il est difficile de reconnaître parmis les cellules fusiformes celles d'origine fibreuses de celles d'origine musculaires ou schwaniennes, aussi des techniques de colorations spéciales sont elles utilisées.

Les critères de malignité selon EVANS sont au nombre de huit :

I - la taille et le nombre de cellules anormales.

2 - la présence de cellules volumineuses avec de nombreux noyaux ovulaires,

3 - l'inégalité de taille et de forme des différentes cellules,

4 - la présence de cellules indifférenciées,

5 - l'existence de noyaux hyperchromatophiles et inégaux,

6 - la présence de cellules anormales avec des noyaux hyperchromatophiles uniques ou multiples (cellules géantes),

7 - diminution ou absence de stroma entre les cellules,

8 - enfin finesse ou absence de paroi des vaisseaux nourriciers.

De ces critères, c'est l'absence ou la présence de figures de miroses qui sont considérés comme significatifs. Le degré de malignité étant fonction du nombre de mitoses (degrés I à IV selon BRODERS) et des anomalies nucléaires. Il est intéressant de noter en effet que les myomes présentent aussi un polymorphisme cellulaire avec phénomènes inflammatoires et dégénératifs pouvant apparaitrent d'allure maligne excepté l'absence d'activité mitotique.

La présence de métastases est retrouvée dans I/3 des cas, elles sont d'autant plus fréquentes que l'histoire clinique est plus ancienne, et que le sujet est plus âgé. Les myosarcomes du grêle disséminent préférentiellement au péritoine, au foie, plus rarement aux ganglions lymphatiques, à la vésicule, aux poumons, aux poumons, aux os.

- T R A I T E M E N T S E T R E S U L T A T S -

Le traitement des léïomosarcomes est uniquement chirurgical.

L'acte chirurgical n'est radical que si la résection anastomose est possible. Il est à noter que l'incongruence des sections n'est pas un obstacle à l'entérectomie. (PEYCELON).

L'exérèse simple, sans interruption de la continuité inrestinale cependant est possible en cas de tumeur de petite taille, extra-murale, tout en sachant que que ces petites tumeurs apparemment exemptes de métastases ne sont pas à l'abri de développement ultérieur ou d'une localisation secondaire.

Dans les cas ou l'entérectomie est possible, les deux principales techniques selon la localisation sont :

- la duodéno-jéjunectomie, segmentaire,
- la duodéno-pancréatectomie.

Une exérèse large, débordant de IO cm. de part et d'autre de la tumeur, complétée par l'exérèse de l'épiploon et du mésentère adjacent est recommandée par tous les àuteurs.

La présence de métastases tant hépatique que ganglionnaires n'est pas une contre indication à l'ablation de la tumeur, bien que dans ce cas le pronostic soit fâcheux.

Certains auteurs préconisent de compléter l'exérèse par la radiothérapie bien que les léïomyosarcomes soient des tumeurs radiorésistantes (LAMPERTICO, PEYCELON, STARR et DOCKERTY).

Les antimitotiques ne semblent pas non plus être d'un appoint considérable. Cependant P. LAMPERTICO recommande tout de même leur emploi à dose massives jusqu'à l'obtention de la leucopénie critique.

Les résultats sont fonction du degré d'évolution de la tumeur. Le traitement chirurgical permet d'obtenir des guérisons dans une proportion de cas qui varie de 25 à 50 % selon les auteurs.(Tableau).

Pour ANDERSON J. on peut éspérer une survie dans un cas sur deux, même en cas de métastase hépatique dans la mesure où l'exérèse de la métastase a pu être pratiquée (SKANDALAKIS).

TRAITEMENT DES LEIOMYOSARCOMES DU GRELE

AUTEURS	ANNEE	Nombre de cas	Nombre de cas Chirurgicaux	Nombre de résections	Mortalité opératoire	Survie à 5 ans	Pourcentage	Traitement
STARR	I955	4I	4I	34	6	I3	30	Chir + R
HORSLEY	I955	2	2	2	0	I		Chir
AMERSON	I959	2	I	0	0	0		Chir
GERARD	I962	4	4	3	2	?	?	Chir + R
BOTSFORD	I962	2	2	2		I		Chir
SKANDALAKIS	I964	6	4	4	0	3	50	Chir
PATALUGNAN	I964	47	44	39	?	I5	48	Chir
EBERT	I965	4				?		
HERB	I966	I	I	I		0		Chir
SERRANO	I966	7	4	4		2	30	Chir
DORMAN	I967	7				I	I4	
Mc PEAK	I967	23	?	?	?	6	25	Chir
SETHI	I969	2	2	0	?	0 (2 ans)		Chir
LAMPERTICO	I969	4	4	4	0	0 (2 ans I/2)		Chir
PEYCELON	I970	5	5	5	0	I	20	Chir + Chimiot.

- C O N C L U S I O N S -

A propos de l'observation que nous avons rapportée nous avons été amenés à étudier les différents cas de léïomyosarcomes de l'intestin grêle publiés dans la littérature.

Cette étude nous a permis de tirer les conclusions suivantes.

I - Malgré la rareté des tumeurs du grêle, les léïomyosarcomes de l'intestin grêle en forment une part non négligeable : 240 cas ont été rapportés dans la littérature mondiale.

2 - L'origine de ces tumeurs est la musculaire interne longitudinale, ou externe circulaire de l'intestin, plus rarement la muscularis mucosae.

3 - Cliniquement, la survenue des léïomyosarcomes touche 2 hommes pour I femme, l'âge des patients étant compris entre 40 et 60 ans, mais une atteinte aux deux extrèmes de la vie est possible.

Bien que sans spécificité particulière, méléna, douleur et masse palpable abdominales sont les signes

cliniques les plus fréquents qui doivent, si les autres segments du tractus digestif n'apportent pas la preuve de leur origine, faire pratiquer une exploration minutieuse du grêle.

4 - Les examens de laboratoire n'apportent aucun élément diagnostic supplémentaire. Cependant, la présence de sang dans les selles, et la chute de l'Hémoglobine confirment la spoliation sanguine.

5 - L'examen radiologique de l'intestin grêle est indispensable. Dans la moitié des cas environ, il affirme l'existence de lésions sur l'intestin grêle. Il nous semble particulièrement interéssant de rappeler l'artériographie sélective de l'artère mésentérique supérieure qui apporte la clé du diagnostic dans un tiers des cas réstés inexpliqués.

6 - Cependant, bien souvent, le diagnostic de tumeur ne sera porté qu'au cours de l'intervention.

7 - L'affirmation de l'origine musculaire de la tumeur ne peut être que microscopique. Toutefois, malgré les critères de différenciation de EVANS il est parfois difficile de séparer catégoriquement les léïomyomes des léïomyosarcomes.

L'extension de ces tumeurs se fait soit par implation péritonéale, soit par dissémination principalement au foie et plus rarement lymphatique.

8 - L'évolution de ces tumeurs semble relativement longue. C'est là que se pose le problème de la dégénérescence des léïomyomes, il est en effet à remarquer que le diagnostic histologique une fois poser, l'évolution, bien que plus longue que pour les autres tumeurs du grêle est relativement péjorative ; on ne note que 35 % de survie à 5 ans.

9 - La thérapeutique est, pour tous les auteurs, la sanction chirurgicale radicale, la présence de métastases n'étant pas une contre indication.

Au terme de cette étude, nous avons constaté la difficulté de faire, en pré-opératoire, un diagnostic précis des lésions localisées à l'intestin grêle

Devant une symptomatologie digestive qui ne fait pas sa preuve, il faut savoir penser aux tumeurs du grêle lorsque l'intégrité de l'estomac et du colon a pu être affirmée.

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE PARIS-OUEST
Monsieur le Professeur GROSSIORD

LE RECTEUR DE
L'ACADEMIE DE PARIS

LE SECRETAIRE DE LA FACULTE

REVISION DES CAS PUBLIES DE LEIOMYOSARCOMES DU GRELE

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siège	Métastases
WESENER I883.....	1	H	55		Duodénum	
NICKOLAYSEN I886.....	2	H	28		Int. grêle	
BABES et NANU I895...	3	H	30		Int. grêle	
MORPURGO I895.....	4				Int. grêle	
STEINER I898.....	5			Masse palpable	Int. grêle	
MARWEDEL I899.....	6				Int. grêle	
FRIED I902.....	7	H	55	Doul. abd. péritonite	Iléon	Foie + lymp
HULTL I906.....	8				Int. grêle	
RICHTER I907.....	9				Int. grêle	
GHON et HINTZ I907...	I0	H	8I		Duodénum	Foie + panc
RIECKENBERG I911.....	11				Int. grêle	
DEMMIN I9I2.....	I2				Int. grêle	
WORTMAN I9I3.....	I3				Int. grêle	
GHON et HINTZ I9I7...	I4	H	50	Occlusion	Mult. grêle	Thyroïde os, foie
" "	I5	H	45		Jéjunum	o
SYMMERS I9I9.....	I6	H	22		Meckel	o
VON SALLES I920.....	I7	H	40	Masse palpable	Duodénum	
EGTERMEYER I920.....	I8				Int. grêle	
GLASS I922.....	I9				Int. grêle	
KATHE I925.....	20	H	57		Duodénum	

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siège	Métastases
MATHEWS I925.....	21	F	44	Doul. masse palp. péritonite	Meckel	Péritoine
BOUNEAU I928.....	22				Int.grêle	
CABOT CASE I930.....	23	F	5I	Hémorragie intestinale	Jéjunum	0
CATTEL I930.....	24	H	40	Douleur, péritonite	Jéjunum	0
BRDICZKA I93I.....	25	F	60	Douleur,hémorr.masse palp.	Duodénum	
BRINCK I933.....	26	H	4I	Hémorragie, passe palp.	Jéjunum	Foie
ANDERSON I933.....	27	H	37	Hémorr., doul.,masse palp.	Duodénum	Foie
PUGLIATTI I934.....	28			Péritonite	Iléon	
SILVERSTINE I934....	29	F	5I	Douleur, masse palpable	Duodénum	0
STOMMEL I935.....	30	H	39	Douleur,ictère, masse palm.	Duodénum	Foie
Mc FARLAND I935.....	3I				Duodénum	
KLOPP I935.....	32	H	37	Hémorragie,masse palpable	Jéjunum	+
"	33	H	4I	" " "	Jéjunum	0
LINGLEY I936.....	34	F	52	Hémorragie,masse palp.,occl.	Jéjunum	Colon+lymph
GOLDSMITH I936.....	35		20	Douleur, hémorr. digestive	Jéjunum	
Mc DERMOTT I936.....	36	H	52	Douleur, péritonite	Iléon	
SEYMOUR I936.....	37	H	54	Douleur,ictère,masse palp.	Duodénum	
NICKERSON I937.....	38	F	70	Douleur abdominale	Duodénum	0
"	39	H	65	Douleur abdominale	Duodénum	0
NUGRARD et WALTERS I937.....	40	F	66		Meckel	
	4I	H	62	Masse palpable	Meckel	0
MENDILLO I938.....	42	H	49	Douleur, hémorragie	Duodénum	0
FOSHEE I939.....	43	H	63	Masse palpable	Duodénum	0
LEWIS I939.....	44	F	56	Douleur,hémorr.,masse palp.	Iléon	0
GOTTLEIB I939.....	45	H	67	Douleur,hémorragie	Multiple	+

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siège	Métastases
GOLBERG I939.....	46	F	59	Douleur,masse palp. hémorragie int.	Jéjunum	0
" "	47	F	69	Masse palpable	Jéjunum	Péritoine 3 ans I/2 ap.
" "	48	H	79	Douleur, occlusion	Jéjunum	0
WACHS I940.....	49			Douleur abdominale	Jéjunum	
HARRINGTON I940.....	50	F	38	Hémorragie intest.	Duodénum	0
ITIKAWA I940.....	5I	H	42	Douleur,hemor.,mas., palpable.	Duodénum	
MAYO I940.....	52				Duodénum	
"	53				Meckel	
"	54				Meckel	
"	55				Iléon	
"	56				Jéjunum	
"	57				Jéjunum	
"	58				Int. grêle	
"	59				Duodénum	
CHONT I94I.....	60	F	49	Masse palpable	Iléon	Péritoine
HENNING I94I.....	6I	F	65	Masse palpable	Duodénum	0
GOLDEN et STOUT I94I..	62	H	60	Hémorragie	Jéjunum	0
" "	63	F	68	Masse palp., occlusion	Iléon	
" "	64	H	49	Hémorragie	Iléon	0
" "	65	F	33	Doul.,masse abd.,occl.	Meckel	0
SHACKELFORD I942.....	66	F	6II	Hémorragie	Duodénum	+
RANKIN I943.....	67	H		Douleur, hémorragie	Iléon	
"	68	H	42	Doul.,hémor.,périton.	Jéjunum	0
McCULLOUGH I944.....	69	F	42	Doul.,hémor.,mas. pal.	Duodénum	Colon, foie
WILLIAMS I944.....	70	F	30	Douleur, péritonite	Duodénum	Foie, poumon
ROSELLI I944.....	7I				Int. grêle	
BRUNSCHWIG I956.....	72	H	45	Hémorragie	Duodénum	
COLLINS I947.....	73	H	4I	Douleur,hémorragie	Jéjunum	0
NITSHE I947.....	74	F	64	Hémorragie	Duodénum	0
Mc LEAN I948.....	75	H	50		Duodénum	Veine porte

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siège	Métastases
COWDELL I950.....	76	F	I9	Douleur, péritonite	Jéjunum	0
HEYMANN I950.....	77	F	42	Hémor.,ictère,mas.palp.	Duodénum	Foie
CULLEN I950.....	78	H	59	Douleur, péritonite	Jéjunum	0
ROTH et FARINACCI. I950.....	79	F	Nouv né	Occlusion	Jéjunum	0
FLEMING et PEARSON I950.....	80	H	7I	Hémorragie	Jéjunum	0
SWARTZ et SWINGL I951.....	8I	F	55	Hémorragie	Duodénum	Lymphatiques
" " ".....	82	H	56	Hémorragie, ictère	Duodénum	0
DIXON I951.....	83	F	23	Douleur,hémor.,occlus.	Jéjunum	0
RIPSTEIN I952.....	84	H	44	Hémorragie	Duodénum	0
"	85	F	53	Doul.,hémor.,mas. palp.	Duodénum	0
"	86	H	45	Doul.,hémor.,mas. palp.	Duodénum	0
"	87	H	49	Douleur, hémorragie	Jéjunum	0
"	88	F	45	Hémor.,douleur,mas.palp.	Iléon	0
"	89	F	44	Hémorragie, douleur	Iléon	0
"	90	F	38	Douleur, hémorragie	Iléon	0
"	9I	H	65	Hémorragie	Jéjunum	0
AYERS I952.....	92	F	80	Douleurs abdominales	Duodénum	0
SMITH I952.....	93	H	54	Douleur, masse palpable	Jéjunum	Lymphatiques
JANES I952.....	94	F	46	Douleur, hémorragie	Jéjunum	0
HILLEMAND I953....	95			Invagination	Jéjunum	0
MATTHEWS I953.....	96	F	60	Doul.,hémor.,mas.palp.	Jéjunum	Foie
WEINSTEIN I953....	97	H	54	Hémor.,doul.,mas.palp.	Duodénum	0
CABOT CASE I953...	98	F	56	Hémorragies	Jéjunum	Colon
RICHARDSON I953...	99	F	47	Hémorragies	Duodénum	
"	I00			Péritonite	Duodénum	
"	I0I			Invagination	Iléon	
"	I02				Int. grêle	
"	I03				Int. grêle	
"	I04				Int. grêle	
LOCKE I953.....	I05	H	50	Douleur, occlusion	Iléon	Loco-régionales
"	I06	H	46	Douleur	Iléon	0

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siège	Métastases
ROSENFIELD I953.....	I07	F		Douleur, occlusion	Iléon	0
"	I08	F		Hémorragie	Int. grêle	
HORSLEY et MEANS I954.....	I09	F	65	Doul.,ictère,masse palp. Sub occlusion	Jéjunal	0
" "	II0	H	69	Hémor.,Doul.,masse palp.	Jéjunum	
STARR et DOCKERTY I955.....	III à I5I	(*)				
AMERSON I959.....	I52	H	65	Méléna	Duodénum	0
"	I53	F	60	Douleur abdominale	Duodénum	Hépatiques
AL NAAMAN I960.....	I54	H	66		Duodénum	
ALRICHI-BLANK I960..	I55	H	50		Iléon	
" "	I56	H	53		Jéjunum	
KRAUSE I96I.....	I57	H	56		Iléon	
"	I58				Iléon	
"	I59				Iléon	
KATTLEBRAUN I962....	I60	H	58		Jéjunum	
GERARD I962.....	I6I				Int. grêle	
"	I62				Int..grêle	
"	I63				Int. grêle	
"	I64				Int. grêle	
BOTSFORD I962.....	I65					
"	I66					
DEBOLA I963.....	I67	F	38		Iléon	
VESARION I963.....	I68	H	58		Jéjunum	
SCHMUTZER I964.....	I69				Duodénum	
"	I70				Iléon	
"	I7I				Iléon	
"	I72				Iléon	
"	I73				Iléon	
COX I964.....	I74	F	45		non précisé	
PATALUGNAN I964.....	I75 à 222				9 - Duodénum 20 - Jéjunum I6 - Iléon 2 - non précisé	
DUBARRY I964.....	223	H	60	Méléna	Duodénum	

Référence	Cas	Sexe	Age	Symptômes	Siége	Métastase
EBERT I965.....	224				Int. Grêle	
"	225				"	
"	226				"	
"	227				"	
BORSELINO I965.....	228	H	45		Duodénum	
"	229					
REDDIX I968.....	230	H	61	Hématémèse	Estomac-Iléon	
BARKAY I969.....	231	H	68	Perforation intestinale	Jéjunum	
LAMPERTICO I969.....	232	F	64	Méléna	Iléon	Péritoine
"	233	H	65	Occlusion	Duodénum	Péritoine
"	234	H	82	Douleur abdominale	Duodénum	Pancréas
"	235	H	I7	Méléna, hématémèse	Duodénum	0
OLAV I970.....	236	F	33	Douleur, méléna	Duodénum	0
PEYCELON I970.....	237	H	61	Masse abdominale	Iléon	0
"	238	H	39	Amaigrissement, mas. abd.	Iléon	0
"	239	H	4I	Douleur abdominale	Jéjunum	0
"	240	H	58	Occlusion	Iléon	0
ETIENNE I97I.....	24I	H	48	Méléna	Jéjunum	-

STARR et DOCKERTY (*)

Sexe : 3I H. et IO F.

Age : 20-29 1
30-39 3
40-49 ..... IO
50-59 ..... I7
60-69 9
+ 80 1

Symptômes :

Méléna..... 26
Douleur abdominale 26
Masse abdominale palpable..... 2I
Occlusion..... 11
Invagination..... 6
Perforation..... 6
Amaigrissement.... IO
Hématémèse..... 2

- B I B L I O G R A P H I E -

1 - M. AMOURETTI, J. BEYLOT
Diagnostic des tumeurs de l'intestin grêle.
Les livrets du médecin : I97I, III n° 8. 39I-400

2 - AMERSON J.R., LUMPKIN M.B
Léïomyosarcoma of the duodénum a source of massive intestinal hemorrage. Report of 2 cases.
Amer. Surgeon I959.25.-663.

3 - ANDERSON D.H. et E.F. DOOB
Léïomysarcoma of the duodénum
Arch. Patho. I933.I6.795

4 - BARKAY M., SALVADOR J.
Perforatio of small intestinal léïomyosarcoma.
Lancet I969. I-678.

5 - M. BLERY
Léïomyosarcome du grêle.
E.M.C. 1 éd. 5.I970 C - 33.335 A IO.

6 - BOURREAU M.
Aspects cliniques et radiologiques des tumeurs du grêle chez l'adulte.
Rev. du Prat. I958. 8-277I.

7 - P. BUFFARD
Tumeurs du grêle.
E.M.C. 2° éd. 5.I967.C 33.335 A IO

8 - CATTAN R., NIVET M., SLAMA R.
Léïomyosarcomes de l'intestin grêle.
Arch. Mal. App. Digest. I959.48.525-53I.

9 - CHEVREL B. et CHEVREL J.P.
Cancers du grêle.
Presse Médicale I970. 78-I4I5.
Les cancers digestifs.
Ed. ROCHE. I970.99-I04.

IO - CHERIGIE E., HILLEMAND P., PROUX Ch., BOURDON R.
L'intestin grêle normal et pathologique. Etude clinique et radiologique.
Expansion scientifique française. Paris I957.

11 - DEBRAY CH., MORIN G., LEYMARIOSJ., HERNANDEZ C.
PIRANNEAU A., VALIDIRE J., MARCH Mme C., HAAS R.M.
Tumeurs de l'intestin grêle diagnostiquées exclusivement par l'artériographie sélective de la mésentérique supérieure. (2 cas).
Arch. France. Mal. pp.Dig. I965.54.593.

I2 - DUBARRY J., AUCHE Y., BERNARD J.P., FAIVRE J.
Hémorragie digestive par léïomyosarcome du grêle. Difficulté diagnostic.
Ach. Fran. Mal. App. dig. I965.54.407

I3 - DODDS J.W., GOLDBERG H.I., et MARGULIS A.R.
Léïomyosarcomes de l'intestin grêle.
Am. J. Roentgol. I969.I07 - I42 à I49.

I4 - R.DUPUY, J. VALLIN.
Tumeurs de l'intestin grêle.
E.M.C. I965 9067.C.I0.3.

I5 - EVANS H.
Malignant myomata and related tumors of the utérus.
Surg. Gyn. Obst. I920. 30.225.

I6 - ETIENNE J.P. et Coll.
Léïomyosarcomes de l'intestin grêle révélés par l'artériographie mésentérique.
Sem. Hôp. Paris. I97I.47.II89-II92.

I7 - FORSTER.
Fibroïd der muscularis des ileum.
Virchow Arch. F. Path. Anat. I858.I3.270-27I.

I8 - GOLDEN et STOUT.
Smooth muscle tumors of the gastro intestinal tract and retro peritoneal tissue.
Surg. Gyn. and Obst. I94I.73.784.

I9 - GRYNFELT E.
Essai sur les myosarcomes.
B ull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer I926.I5.276-297.

20 - HAUGEN O.A. et Coll.
Léïomyosarcoma of Meckel's diverticulum.
Cancer I970.26.926-934.

21 - HILLEMAND P.E., GILBRIN et DUCHANGE
Invagination jénunale par léîomyosarcome du jéjunum.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris. I953.69.II3

22 - HORSLEY G.W., MEANS R.L
Léîomyosarcoma of jejunum with 2 cases reports and a review of the litterature.
Ann. Surg. I955.I4I.979

23 - HUNT W.H. BRODERS A.C. Jr. and HIGHTOWER NC Jr.
Primary néoplasms of the small bowels.
South M.J. I958 .5I.482.

24 - JOURDE et TAVERNIER
Radiographie de l'intestin grêle.
E.M.C. 33.3IO. A IO.

25 - JUVANON J.
Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du jéjuno-iléon. (8 observations).
Thèse Lyon I960.

26 - LIMPERTICO P. et Coll.
Léîomyosarcomes er léîomyomes de l'intestin grêle.
Rapport d'un cas et revue de la littérature.
Arch. Ital. Mal. App. dig. I969.36.203.226

27 - LELIEVRE J.
Léîomyosarcomes du jéjuno-iléon.
Thèse Paris I954. n° 300.

28 - CL. LIGUORY, V. BISMUTH.
Urgences digestives
E.M.C. Radio-diagnostic Tomme 33.707. A IO.11.

29 - MARTIN J.F.
Léîomyosarcoma of small intestine.
Am. Roentg. J. I955.74.I08I.

30 - NEUMAN Z.
Léîomyosarcoma of the rectum developing from benign Léiomyoma.
Ann. Surg. I952.I35.426-430.

31 - CLAV A., HAUGEN M.D, CHRISTOPHER S.,PEGG M.B., ChM, FRCS, and James KYLE, Moh, FRCS.
Leyosarcoma of Meckel's diverticulum.
Cancer, I970-26,928-934

32 - PATALUGNAN R., MAYO C.W, DOCHERTY M.B.
Primary malignant tumors of the small intestine.
Am. J. Surg. I964.I08.I3.

33 - PEYCELON R. et Coll.
5 cas de léïomyosarcomes de l'intestin grêle. Etude anatomo-clinique et pronostique.
Lyon Chirurgical I970. 66.420-426.

34 - PONTVILLE M., HORIOT J.C.
Examen radiologique des tumeurs du grêle.
Feuillets du praticien I965-599.

35 - RANKIN J.A.
Léïomosarcoma of small intestine.
Canada M.A. J. I943.48-4I5.

36 - REDDIX M.C, RIELEY W.J., BERRIOS-PAGGAN BL.
A bleeding gastric léïomyosarcoma and asymptomatic jejunal léïomyosarcoma.
Milit. Med. I968.I33.23

37 - RESTI.M.
Cité par M. LAMPERTICO
Ann. Ital. Chir. I962.39.846

38 - ROCHLIN D.B, LONGMIRE W.P. Jr.
Primary tumors of small intestine.
Surgery. I96I.50.586

39 - ROKITANSKY C.
Lehrbuch der pathologischen Anatomie
Bd. III Vienna. Wilhelm Braumuller. I86I.p.23I

40 - ROTH D., FARINACCI C.J.
Jéjunal léïomyosarcoma in a new born.
Cancer I950.3.I039.

41 - SORLIN M.
Observation d'un squirre d'une portion du jéjunum chez un sujet de 47 ans, mort à la suite de nombreux vomissements.
J. Gen. Med. Chir. et Pharmacie. 1824.87.189

42 - SPEESE J.
Sarcoma of small intestine.
An. Surg. 39. 727-738.

43 - STARR G.F, DOCKERTY M.B.
Léiomyosarcoma and léiomyomas of the small intestine.
Cancer 1959.8.101.

44 - SKANDAKIS J.E., GRAY SW, SHEPPARD, D. BOURNE CH.
Smooth muscle tumors of the alimentary tract.
Ch. C. THOMAS Springfiels 111.1962.

45 - SKANDALAKIS J.E, GRAY SW.
Smooth muscle tumors of the small intestine.
Am. J. Gastroenterology 1964.42.172.

46 - VARAY A., HAUERT A., VIGNERON P., MEQT M.,LEFEBVRE M.P.
Les sarcomes du duodenum. Etude clinique et radiologique.
Arch. Mal. App. Dig. 1968.57.769.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	I
HISTORIQUE	3
OBSERVATION	6
CARACTERES CLINIQUES	
Fréquence	I6
Symptomatologie	I8
Evolution	2I
CARACTERES RADIOLOGIQUES	23
CARACTERES ANATOMOPATHOLOGIQUES	
Macroscopie	27
Microscopie	29
TRAITEMENT ET RESULTAT	32
CONCLUSIONS	35
CAS PUBLIES DE LEIOMYOSARCOMES DU GRELE	38
BIBLIOGRAPHIE	44